



DIRECCIÓN DE DESARROLLO COMUNITARIO
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE TALLERES

INFORME DE ACTIVIDADES MENSUAL DE PROFESOR DE TALLER
PROGRAMA TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO

Mes	AGOSTO
-----	--------

Nombre	CAÑETE LATAPIAT STUVER EDUARDO		
RUT		Período del Contrato	01/05 - 30/11 2025

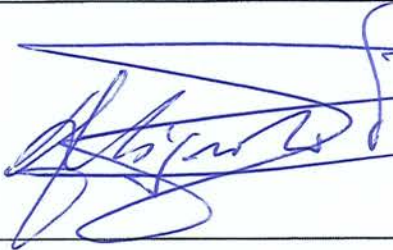
ID	Nombre Taller	Horario 1	Horario 2	Lugar de Ejecución	Asistentes
T.1	ROBOTICA BASICO	SAB 09:00-10:30	—	ALONSO DE CAMARGO 8671	5
T.2	ROBOTICA BASICO	JUE 18:00-19:30	—	CRISTOBAL COLON 7000 TORRE D	4
T.3	ROBOTICA BASICO	VIE 17:30-19:30	—	CHESTERTON 7159	2
T.4	—	—	—	—	
T.5	—	—	—	—	

ID	Descripción de Actividades (Ver ID del Taller)
T.1	Se trabaja en armado de Auto-Robot, se explican normas básicas de programación, se enseña a usar cautin de soldar sobre pequeñas piezas como motor y placa fuente de poder, como porta pilas.
T.2	Se trabaja en armado de Auto-Robot, se explican normas básicas de programación, se enseña a usar cautin de soldar sobre pequeñas piezas como motor y placa fuente de poder, como porta pilas.
T.3	Se trabaja en el armado de auto-robot, se explica la programación que participa en cada actuador usado en el armado del Auto-Robot. Se trabaja en forma individual con los asistentes
T.4	
T.5	

Firma prestador de los servicios	
----------------------------------	--

El jefe del Departamento de Gestión de Talleres, de la Municipalidad de Las Condes, que firma al pie del presente informe, certifica y acredita fehacientemente que el/la Sr/a. CAÑETE LATAPIAT STUVER EDUARDO, RUT: [REDACTED], dio cabal cumplimiento durante el mes AGOSTO de 2025, a la función a honorarios para el cual fue contratado de acuerdo al respectivo contrato a honorarios, con cargo al Programa TALLERES RECREATIVOS Y DE DESARROLLO 2025.

Asimismo, apruebo el presente informe mensual de actividades realizadas para el cumplimiento de la función objeto de su contratación, el que fue revisado en forma exhaustiva por el suscrito, siendo toda la responsabilidad -con carácter de excluyente-, de este supervisor, ya sea que esta se origine en la ejecución de la función conforme al contrato; en la fidelidad del contenido del Informe Mensual del mes de AGOSTO de 2025; de todos los antecedentes que se acompañan por el servidor a honorarios; así como en la correcta verificación de que el contenido de dicho informe es de completa autoría de la/el Sra./Sr. CAÑETE LATAPIAT STUVER EDUARDO .

Nombre Jefe de Departamento	Roberto Vignolo Paredes
Firma y timbre Jefe de Departamento	 

Las Condes, AGOSTO de 2025
mes año

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER
Robotica Basico

LUGAR DE EJECUCION
Colo 8000

NOMBRE DEL PROFESOR
Stuvec Carera

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra Imprenta)	S E S I O N E S	N F E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
				12/3/2025	05/4/2025	12/4/2025	25/4/2025	2/5/2025	10/5/2025	17/5/2025	24/5/2025	31/5/2025	7/6/2025	14/6/2025	21/6/2025	28/6/2025	5/7/2025	12/7/2025	19/7/2025	2/8/2025	9/8/2025	16/8/2025	
1	DAMIAN Ruiz			X																			
2	Tomás Sánchez			X	X	X			X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X			
3	Gaspar Abadal					X	X	X	X	X				X	X	X	X		X	X	X		
4	Baltasar Abadal								X	X				X	X	X	X		X	X	X		
5	Mahilda Aro Vargas				X	X			X	X													
6	José Pedro Aro Vargas				X	X			X	X	X												
7	Diego Caceres				X	X	X	X	X	X	X		X		X	X		X		X	X		
8	Lorenzo Pazlizo				X		X													X	X		
9	Bruno Disavanti																						
10	Felipe Ruiz							X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X			
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							

N° DE ASISTENTES POR SESION

12 5 3 2 3 7 6 4 2 2 5 3 5 5 1 5 4 4 3

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UN "/" (BLANK) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU INASISTENCIA

SE DEBERÁ SOLICITAR CERTIFICADO MÉDICO, AL INICIO DE CLASES, A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIDROGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBOX. ESTE DOCUMENTO SERÁ DE CARÁCTER OBLIGATORIO.

CHESTERTON 7159

PLANILLA CONTROL

NOMBRE DEL TALLER

LUGAR DE EJECUCION

NOMBRE DEL PROFESOR

DIAS Y HORARIO DE EJECUCION DEL TALLER

NOMBRE DEL BENEFICIARIO (Letra impresa)	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1. Kari Solari																					
2. Rodrigo Hernandez																					
3. Fernando Apellado																					
4. Ignacio Montez																					
5. Carlos Gutierrez																					
6. Francisco Aylwin																					
7. Carlos Bahamondez																					
8.																					
9.																					
10.																					
11.																					
12.																					
13.																					
14.																					
15.																					
16.																					
17.																					
18.																					
19.																					
20.																					
21.																					
22.																					
23.																					
24.																					
25.																					
26.																					
27.																					
28.																					

Nº DE ASISTENTES POR SESION

15 21 4 3 5 3 5 4 4 3 3 4 3 3 2 4 4 3

MARQUE CON UNA "P" SI ALUMNO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "I" (BLANCO) SI ALUMNO NO ASISTIO A CLASES

MARQUE CON UNA "J" SI ALUMNO HA JUSTIFICADO SU FALTAS

SE DEBERA SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO AL INICIO DE CLASES, A LOS ALUMNOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, ZUMBA, HIPOGIMNASIA, NATACION, ARTES MARCIALES Y AEROBIX

ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO

TALLER

FECHA

PROFESOR

HORARIO

PROGRAMA

NOMBRE	FIRMA
1. Maria Inacia Montes	
2. Pedro Gutierrez	
3. Fernando Apellado	
4. Rodrigo Hernandez	
5.	
6.	
7. Robotica	25/7/2025
8.	
9.	
10.	
11. Rodrigo Hernandez	
12. Francisco Aylwin (Aylwin)	
13.	
14.	1/8/2025
15. Robotica	
16. Rodrigo Hernandez	
17. Francisco Aylwin	
18. Carlos Bahamondez	8/8/2025
19. Robotica	15/8/2025
20. Fernando	
21.	
22.	22/8/2025
23. Robotica	
24. Francisco Aylwin	
25.	
26.	
27.	
28.	

INDICADOR DEL TALLER

Robótica

INDICADOR DE SECCIONES

Sección A

NUMERO DEL PARTICIPANTE

Sección A

FECHA Y HORA DEL PARTICIPANTE DEL TALLER

NUMERO DEL PARTICIPANTE (LATERAL)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				
21																				
22																				
23																				
24																				
25																				
26																				
27																				
28																				
29																				
30																				

SE DEBE SOLICITAR CERTIFICADO MEDICO AL INICIO DE CLASES A LOS ADULTOS MAYORES QUE PARTICIPEN EN LOS TALLERES DE GIMNASIA, CUMBA, YOGA, MEDITACION, NATACION, ARTES MARCIALES Y AFRODIS.

ESTE DOCUMENTO SERA DE CARACTER OBLIGATORIO.

CRISTOBAL COLON

7000 TORRE D

REGISTRO DE ASISTENCIA DEL ALUMNO

FECHA 7/8/2025

TALLER Robótica

PROFESOR Steve Canales L

HORARIO 18:00 a 19:30 HORAS

PROGRAMA	NUMERO	FORMA
1		
2	Javiera TAVARO	
3	Florencia TAVARO	
4	Martin SALINAS	
5	Leon SALINAS	
6		
7	Robótica	
8	Javiera TAVARO	
9	Florencia TAVARO	
10	Martin SALINAS	
11	Leon SALINAS	
12		
13		
14	Robótica	
15	Florencia TAVARO	
16	Javiera TAVARO	
17	Martin SALINAS	
18	Leon SALINAS	
19	Martin SALINAS	
20		
21		
22		